

Психологија на болка: психолошки аспекти на болката и постапки на сузбивање

Проф. д-р Ленче Милошева

Универзитет „Гоце Делчев“, Штип

Апстракт

Психологијата на болката е недвосмислено меѓу поновите предизвици во медицината. Познавањето на причините за болката, како и информираноста за нејзиното најверојатно траење, штетните последици кои може да ги предизвика за целокупното здравје, спречуваат прекумерено користење на фантазијата за причините на болката, како и доведуваат до подобро поднесување на болката поради намалување на анксиозноста и потиштеноста. Запознавањето на болниот со сите рутински болнички постапки, болничкото опкружување, дијагностичките и тераписките апарати, како и целта на нивната примена и постапките на кои ќе бидат изложени во текот на лекувањето, ќе ја намалат анксиозноста и депресивноста кои се чести, пропратни феномени на болката, како и загриженоста на болниот и неговата подносливост на болка.

1.Вовед

Според Огден (Ogden, 2012) првите теории за создавањето на болката биле поврзани со верувањето за Божјето влијание во нејзиното создавање, присутноста на некој магиски флуид од незадоволени желби или пак, се сметало дека за болката се одговорни проблемите во циркулацијата.

Платон верувал дека срцето и црниот дроб се средиште на сите сензации. За него болката не е само периферна сензација туку и одговор на душата на која седиштето и е во срцето. Аристотел не верувал дека мозокот би можел да биде центар на сензибилноста. Дури Гален предупредил на функцијата на мозокот и периферните нерви, меѓу кои, според него се и тие кои пренесуваат болка.

2.Психолошки аспекти на болката

Денес, во разбирањето на болката повторно се враќаме на нејзината душевна компонента. Болката најчесто се дефинира како сложено доживување кое вклучува перцептивно-когнитивна, емоционално-мотивациска и бихејвиорална компонента (Ogden, 2012). Според дефиницијата на Светското здружение за болка (IASP): "Болката е непријатно емоционално и осетно доживување поврзано со вистински или потенцијални оштетувања на ткивата " (Havelka, 2003, стр. 159).

Психологијата на болка посебно ја интересираат односите помеѓу централниот и периферниот нервен систем. Доживеаниот интензитет на болка е резултат на сложената интеракција на неурофизиолошките, психолошките и социокултурните фактори. Осетот на болка постанува доживување кога дразбата завршува во окципиталниот дел од кората на големиот мозок, но и во некои други делови на централниот нервен систем.

Психолошките фактори можат да делуваат на болката на три начини:

- можат да бидат основна причина на болката, како кај психогената болка;
- можат да бидат ублажувачи на болката, т.е. да ја намалат јачината на доживувањето на болката;
- можат да бидат појачувачи на болката, т.е. да ја зголемат јачината на доживувањето на болката (Palermo, 2012).

Комплексноста на болката упатува дека психичките фактори имаат важна улога во сите облици на болка и важно место во нејзината превенција и лечење. Психолошкиот пристап е исклучително важен во разбирање на создавањето и отстранување на болката. Мелзак (Melzack, 1973) ја наведува често користената синтагма „загатка на болката“. Таа означува разгледување на психолошките фактори како темел на интеграцијата на различни контекстуални и физиолошки информации.

Постојат низа психолошки состојби и процеси кои можат да влијаат на перцепција на болката, т.е. кои го одредуваат квалитетот и интензитетот на болката.

Често се наведува влијанието на следните психолошки фактори: *значење на повредата* (нпр. удар како дел од играта може да предизвика смеење, додека

удар перцепиран како казна најчесто резултира со плач); *емоционални состојби* (во текот на спортска средба, силна емоционална возбуденост може да предизвика изостанување на болка, а наспроти тоа-тага, анксиозност и потиштеност кои ја засилуваат болката); *поранешно искуство* (посебно она во раниот возрасен период-воспитните обрасци на односот према болката); *очекување* (генерално ја намалува болката, но може да делува и во спротивна насока); *внимание* (доколку се насочи на други содржини може да ја намали болката); *сугестија* (може да ја намали или потполно отстрани болката); *психофизиолошка состојба на организмот* (нпр.заморот го зголемува доживувањето на болката); *особините на личноста* (нпр. повеќето истражувачи сметаат дека екстравертните личности покажуваат поголема толеранција на болка). Според Хавелка (Havelka, 2003) постојат и контрадикторни наоди кои ја рефлектираат разликата во толеранција на болка и експресијата на болката како мерка на интензитетот на доживувањето на болката. Исто така постојат и истражувања кои укажуваат дека склоноста кон анксиозноста и потиштеноста, како и хистеричните и хипохондриските особини на личноста значајно ги засилуваат болните сензации (Ogden, 2012).

Сите овие наоди недвосмислено покажуваат дека постои влијание на психолошките фактори на доживувањето, т.е. на проценката на болка.

3.Психолошки постапки на сузбивање на болка

Огден (Ogden, 2004) ја нагласува важноста на мултидисциплинарниот пристап во справувањето со болка.

Бидејќи болката не е единствен феномен и со оглед на тоа дека постојат различни варијации помеѓу поедини видови на болка со обзир на траењето (акутна, хронична болка), причината (телесна, психогена болка), квалитетот (остра, тапа, жаречка итн.), и местото на болка, во сузбивањето на болката се користат разни видови постапки (хирушки, фармаколошки, психолошки итн.)(Havelka, 2003).

Хавелка (Havelka, 2003) предупредува на потребата од внимателност при примена на фармаколошките постапки поради можни штетни нуспојави како што се психичка и физичка зависност.

Голем број различни психолошки постапки може со повеќе или помалку успех зависно од видот на болката, да се користат за ублажување на болката. Според Огден (Ogden, 2012) најпознати и најчесто користени се:

- Психотераписки постапки;
- Плацебо ефект;
- Релаксациони техники;
- Биолошка повратна спрега (biofeedback);
- Когнитивно-бихејвиорални техники (Имагинативни техники и техники на дистракција);
- Хипноза.

3.1. Психотераписки постапки

Психолошките интервенции во смалување и сузбивање на болката можат да имаат облик на индивидуална или групна психотерапија и да бидат асоцирани со интердисциплинарен програм за сузбивање на болка (Ogden, 2012).

Психотераписките постапки за справување и сузбивање на болката се темелат на опсежен разговор со болниот поради воспоставување на позитивни меѓучовечки односи, како и поопширно информирање на болниот за сите важни аспекти на неговата болест, причини за болка и можен исход на болеста.

Неинформираноста на болниот за сите појавности на неговата болка доведува до зголемена потиштеност и анксиозност кај болниот. Психотераписките постапки се корисни и кај хроничните болни и кај оние кои се предизвикани со тераписка постапка. Еден од најдобрите примери за ваквиот начин на делување на доживувањето на болка на пациентот е предоперациската подготовка. Подготовката на болниот пред операција е всушност примена на постапката „инокулација со стрес“ во предоперациска состојба. Се покажало дека покрај

предоперациските постапки, исто така и постоперациските постапки имаат важна улога во намалување на болката. Постапката започнува со водење на стандардно интервју со болниот во текот на која се собираат општи лични податоци, податоци за перцепцијата на болката од страна на болниот, предзнаење и информираност за болката, психофизичката и емотивната состојба.

3.2.Плацебо ефект

Според Хавелка, (Havelka, 2003), називот *плацебо* се користи во фармакотерапијата и подразбира неделотворен лек (таблети, инекции, капки и сл.) кој во себе не содржи активни хемиски супстанции. Но, поширокото значење на зборот плацебо ја опфаќа секоја терапевска постапка која објективно нема терапевски ефект, но сепак делува на потешкотиите на болниот. Многу стручњаци сметаат дека за голем дел од ефектите на лековите може да се каже дека имаат само плацебо делување, бидејќи не содржат состојки со посебно хемиско делување на состојките за кои се пропишани.

Делувањето на плацебото на болниот зависи од многу фактори: од природата на симптомите, особините на личноста на пациентот, степенот на анксиозност, степенот на доверба која болниот ја има во здравствените институции и работници, како и обликот, бојата, изгледот на плацебо средствата.

Но, начинот на кој делува плацебото сè уште не е разјаснет. Некои сметаат дека плацебото доведува до намален ефект на анксиозноста, поткрепувајќи го тоа со докази за поголемото делување на плацебото на изразито анксиозни болни, додека другите го објаснуваат делувањето на плацебото со помош на механизмот на класично условување (Havelka, 2013).

3.3.Релаксација

Релаксацијата е често вклопена и во останатите постапки на сузбивање на болката, како нпр. психотерапијата, хипнозата, биофидбекот, но постојат и само постапки на релаксација, како на пример автогениот тренинг.

Цел на релаксацијата е постигнување на потполна телесна смиреност со намалување на метаболизмот, намалување на дишењето, намалување на крвниот притисок, фреквенција на работа на срцето итн.

Најчеста примена на постапката на релаксација во медицината е при породувањето. Психопрофилактичките постапки на припрема на трудниците за породување се темелат на подучување на трудниците на вештини на опуштање на мускулите, и се однесува на намалување на породилните болки.

Стравот, напнатоста и болката се основни механизми на создавање на болка при породувањето и секој пристап кон трудниците кои го намалуваат стравот и мускулната напнатост ќе ги олеснат породилните болки (Ogden, 2012).

3.4.Биолошка повратна спрега (biofeedback)

Биофидбек техниката користи физиолошки информации: болниот вежба со помош на електромиографија, електроенцефалографија, термометрија и галванометрија за одговор кој одговара на релаксацијата. Основната цел на техниката на биофидбек е да му овозможи на поединецот увид во сопствените телесни процеси и да им овозможи, после соодветен тренинг, самоконтрола над нив. Во почеток самоконтролата се постигнува со помош на биофидбек –апарати, а подоцна и без нив. Со техниката на биофидбек се постигнува:прво, информираност за степенот на емоционалната напнатост во ситуации кои е тешко субјективно да се приметат како стресни ситуации бидејќи не се доволно силни, и второ, се добиваат податоци за тоа колку со сопствена волја можеме да делуваме на намалување на телесните стресни реакции, што помага во учењето на соодветни обрасци на однесување кои се делотворни за намалување на болката. Оваа метода се покажала успешна во намалувањето на болката кај васкуларно предизвиканите главоболки и кај оние главоболки кои се предизвикани со зголемена мускулна напнатост.

3.5. Когнитивно-бихејвиорални техники (Имагинативни техники и техники на distrakcija)

Имагинативните техники и техники на дистракција спаѓаат во когнитивните методи на справување со болка. Постојат разни постапки на будење на имагинација и дистракција поради намалување на болка. Според Хавлека (2003) најчесто применувани постапки во клиничката пракса се:

- Насочување на вниманието на решавање на некои проблеми;
- Занемарување на болката со поттикнување на претстави кои не се во врска со болката;
- Објективно набљудување на болката, нпр. како да сакаме да пишуваме некој стручен труд;
- Насочување на вниманието на некој објект во околината со негова детална анализа.

Успешноста на овие и слични постапки најмногу зависи од особините на личноста на болниот, односно од неговата склоност да ја искористат имагинацијата како средство за отстранување на болката.

Дистракцијата е исто така една од методите за сузбивања на болка. Таа претставува активна и когнитивна стратегија на справување со болка која може да се оствари по пат на слушање на музика, пеење, броење, набљудување на слики итн. Оваа психолошка метода претставува насочување на вниманието на безболни дразби, кои се наоѓаат во постоечкото опкружување, со цел свртување на вниманието од непријатности (Palermo, 2012).

3.6.Хипноза

Хипнозата најчесто ја дефинираме како „состојба на променета свест при која хипнотизираната личност ја менува свеста за надворешниот свет и станува склона прифаќајќи сугестии кои ги дава другата личност-хипнотизер“ (Havelka, 2003, стр.195).

Хипнозата долго време се користела за сузбивање на интензивно доживување на болката. Хипнозата предизвикува интензивна опуштеност и сугестибилност. Може да биде во комбинација со лекови. За лечење со хипноза болниот треба најнапред

да се подготви. Со помош на една од техниките на релаксација болниот се воведува во концентрација на мисли на одредена мисловна содржина (воглавно онаа која опушта), а потоа се дава сугестија за аналгезија. Постхипнотичката сугестија се третира за брзо и ефикасно воведување во хипнотичка состојба. Хипнозата не предизвикува создавање на ендорфин, туку по пат на сугестивни содржини, се активира фронтално-лимбичкиот систем кој го инхибира преносот на болниот импулс од таламусот во коретксот.

4.Заклучок

Психологијата на болката е недвосмислено меѓу поновите предизвици во медицината. Познавањето на причините за болката, како и информираноста за нејзиното најверојатно траење, штетните последици кои може да ги предизвика за целокупното здравје, спречуваат прекумерено користење на фантазијата за причините на болката, како и доведуваат до подобро поднесување на болката поради намалување на анксиозноста и потиштеноста. Запознавањето на болниот со сите рутински болнички постапки, болничкото опкружување, дијагностичките и терапевските апарати, како и целта на нивната примена и постапките на кои ќе бидат изложени во текот на лекувањето, ќе ја намалат анксиозноста и депресивноста кои се чести, пропратни феномени на болката, како и загриженоста на болниот и неговата подносливост на болка.

Нетретираната болка има штетни физиолошки и психолошки последици. „Загатката на болката“ мора да се разбере во контекстот на културата, верувањата, физиолошките информации и развојната фаза во која се наоѓа личноста. Посебно внимание заслужува разбирањето и мерењето на болката, како и справувањето со болката кај децата. Тоа претставува вистински предизвик за детските клинички психолози, педијатри и другите стручњаци кои се занимаваат со оваа проблематика.

Литература

Benzon,H.,Raja, N.S., Fishman,M.S., Liu,G., & Cohen,P.S. (2011). *Essentials of Pain Medicine*. Philadelphia:Elsevier.

Blount, R.L., Piira, T., Cohen L.L. i Cheng, P.S. (2006). Pediatric Procedural Pain. *Behavior Modification* , 30(1), 24-49.

Melzack, R. (1973). *The Puzzle of Pain*. Harmondsworth: Penguin Education.

Ogden, J. (2012). *Health Psychology*. New York : Mc Graw Hill.

Palermo, M.T.(2012). *CBT for Chronic Pain in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.

Havelka, M. (2003). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.